**DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTES**

D./Dª. …………………………………………………………………………………………………………………., con DNI/ Pasaporte/ Otro documento identificativo ……………………….………….designo como mi/s representante/s, en el caso de que me vea imposibilitado/a para expresar mi voluntad, con el fin de que vele/n por el cumplimiento de las instrucciones expresadas en mi documento de instrucciones previas y tome/n las decisiones necesarias para tal fin, con el siguiente orden de prelación a:

**PRIMER REPRESENTANTE**

|  |  |
| --- | --- |
| D/Dª | DNI/Pasaporte/Otro documento identificativo |
| Fecha de Nacimiento: | Teléfonos de contacto |
| Domicilio |
| Localidad | Provincia | C.P. |
| **Aceptación de la representación** **Acepto la designación** como representante del/ la OTORGANTE del documento de instrucciones previas en el caso de que no pueda expresar por sí mismo/a sus decisiones con respecto a su atención sanitaria. Me comprometo a velar por el cumplimiento de las instrucciones recogidas en dicho documento sin ir en contra de la voluntad de mi representado/a. | **Fdo.:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Nombre y apellidos) |

**SEGUNDO REPRESENTANTE**

|  |  |
| --- | --- |
| D/Dª | DNI/Pasaporte/Otro documento identificativo |
| Fecha de Nacimiento: | Teléfonos de contacto |
| Domicilio |  |
| Localidad | Provincia | C.P. |
| **Aceptación de la representación** **Acepto la designación** como representante del/ la OTORGANTE del documento de instrucciones previas en el caso de que no pueda expresar por sí mismo/a sus decisiones con respecto a su atención sanitaria. Me comprometo a velar por el cumplimiento de las instrucciones recogidas en dicho documento sin ir en contra de la voluntad de mi representado/a. | **Fdo.:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Nombre y apellidos) |

|  |
| --- |
| ***INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS*** |
| ***Responsable*** | *Dirección General de Planificación y Asistencia Sanitaria* |
| ***Finalidad*** | *Gestión de la inscripción de documentos de instrucciones previas en el Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León.* |
| ***Legitimación*** | *Ejercicio de poderes públicos y cumplimentación de una obligación legal (Ley 8/2003, de 8 de abril de derechos y deberes de las personas en relación con la salud y el Decreto 30/2007, de 22 de marzo por el que se regula el Documento de Instrucciones Previas en el ámbito sanitario y se crea el Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León).* |
| ***Destinatarios*** | *Cesión de datos contenidos en los documentos de Instrucciones Previas inscritos al personal sanitario responsable del proceso asistencial de los otorgantes y al Registro Nacional de Instrucciones Previas.* |
| ***Derechos*** | *Acceso, rectificación, supresión, oposición, portabilidad, limitación del tratamiento y oposición a las decisiones automatizadas, mediante escrito dirigido a la Dirección General de Planificación y Asistencia Sanitaria, Pº de Zorrilla, 1. 47007 VALLADOLID.* |
| ***Información Adicional*** | *Los datos de esta autorización serán incorporados a la Base de datos del Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León. Puede consultar información adicional en* [*https://www.saludcastillayleon.es/ciudadanos/es/derechos-deberes/cuales-derechos-deberes-ambito-sanitario/registro-instrucciones-previas/informacion-instrucciones-previas*](https://www.saludcastillayleon.es/ciudadanos/es/derechos-deberes/cuales-derechos-deberes-ambito-sanitario/registro-instrucciones-previas/informacion-instrucciones-previas) |